|  |  |
| --- | --- |
| **Datos generales** | |
| **Nombre de la Unidad:** | CLINICA PERIFERICA PROFR. ANIBAL SANCHEZ PEREZ UNIDAD “MATAMOROS” |
| **Dirección:** | AV. HIDALGO # 301 OTE COLONIA CENTRO. MATAMOROS COAHUILA |
| **Teléfono:** | (871) 762-04-05 |
| **Fax:** |  |
| **Correo electrónico:** | clinicamatamoros17@hotmail.com |
| **Horario de atención** | |
| **Consulta externa:** | TURNO MATUTINO: DE 09:00 AM A15:00 PM  TURNO VESPERTINO: DE 15:00 PM A 21:00 PM  TURNO DE JORNADA: DE 08:00 AM A 20:00 PM |
| **Urgencias:** | NO HAY EL SERVICIO |
| **Farmacia:** | LUNES A DOMINGO DE 08:00 AM A 21:00 PM |
| **Dental:** |  |
| **Requisitos para acceder a los servicios** | |
| **SER DERECHOHABIENTE Y PERTENECER AL SINDICATO NACIONAL DE LOS TRABAJADORES DE LA ECUCACION SECCION 38**  **TENER SEVICIO MEDICO VIGENTE**  **SI SON MAYORES DE 18 AÑOS PRESENTAR YA SEA UNA CONSTANCIA DE ESTUDIOS DE LA ESCUELA O EL RECIBO DE INSCRIPCION DE LA ESCUELA O UNIVERSIDAD DONDE ESTEN ESTUDIANDO**  **PRESENTAR LA CREDENCIAL DEL SERVICIO MEDICO VIGENTE**  **PRESENTAR LA CREDENCIAL DE DIPETRE (JUBILADO)** | |
| **Lista de especialidades con la que cuenta la unidad** | |
| **MEDICINA GENERAL** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tramites** | |
| **Nombre del trámite:** | CERTIFICADO MEDICO, CONSTANCIA DE SERVICIO MEDICO |
| **Horario de atención:** | DE LUNES A DOMINGO DE 08: 00 AM A 21: 00 PM |
| **Lugar de atención:** | CLINICA PERIFERICA PROFR. ANIBAL SANCHEZ PEREZ UNIDAD “MATAMOROS” |
| **Requisitos:** | PRESENTAR ESTUDIOS DE LABORATORIO ACTUALES  IDENTIFICACION OFICIAL (INE)  CREDENCIAL DEL SERVICIO MEDICO (PARA DATOS GENERALES)  RESUMEN MEDICO DEL ESPECIALISTA (CUANDO SE REQIUERA)  PRESENTAR CREDENCIAL DEL DIPETRE (JUBILADO) |
| **Tiempo de respuesta:** | INMEDIATO |
| **Quien puede realizar el trámite:** | DERECHOHABIENTE (INTERESADO)  EN CASO DE SER UNA PERSONA MAYOR O CON UNA DISCAPACIDAD  DEBERA SER ACOMPAÑADO POR UN ADULTO O EN SU CASO UN FAMILIAR |